

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Atti del XIII Congresso Nazionale
14-17 maggio 2014

Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere

a cura di

Mario Affronti, Giovanni Baglio, Salvatore Geraci,
Maurizio Marceca, Maria Laura Russo

La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni?

Salvatore Geraci

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; Caritas di Roma, Area sanitaria

Premessa

Il vocabolo inglese *devolution* in italiano “devoluzione”, dal 1997 viene usato nell’attualità politica italiana per indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie (per esempio scuola e sanità) dallo Stato alle Regioni. Lo scopo di questo passaggio è attribuire i diritti e i doveri connessi alla gestione delle materie oggetto del processo di devoluzione ad organi dello Stato più vicini ai cittadini che beneficiano di tali servizi, in applicazione del principio di sussidiarietà.

Nel 2001 è stata approvata una riforma al titolo V della Costituzione Italiana che ha notevolmente ampliato le competenze regionali. In precedenza le Regioni avevano competenza legislativa su determinate materie, nel quadro della legislazione statale. Per le materie non menzionate dall’articolo 117 della Costituzione, la competenza legislativa era di esclusiva pertinenza statale. Con la riforma del 2001 si è “capovolta la prospettiva”: l’articolo 117 riformulato prevede, al secondo comma, una lista tassativa di materie soggette alla potestà legislativa statale e al terzo comma un elenco, altrettanto tassativo, di materie sottoposte alla legislazione concorrente (in cui la potestà legislativa spetta sempre alle Regioni, ma nel quadro dei principi fondamentali posti dalla legge statale). Il quarto comma prevede infine che, per le materie di non esclusiva competenza statale o non sottoposte alla legislazione con-

corrente, la potestà legislativa sia esclusivamente regionale¹. Già nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 1999-2001, coerentemente con il processo di decentramento avviatosi, si prevedono azioni per “*riallineare le responsabilità in ordine al prelievo fiscale con quelle relative all’erogazione della spesa*” (Dirindin, 2002; 2011). Entra nell’agenda della politica il tema del federalismo fiscale e, tenendo conto che in tema di finanza locale le decisioni riguardano principalmente la sanità come settore prioritario nei bilanci delle Regioni a statuto ordinario, esso ha una diretta ricaduta sulle politiche sanitarie locali. Sappiamo del percorso incerto di questa doppia riforma, devoluzione e federalismo fiscale, ma quello che pare evidente che ciò ha prodotto un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza e una riduzione delle stesse garanzie d’assistenza (Vineis, Dirindin; 2004).

Un processo che doveva essere di prossimità e produrre percorsi virtuosi di responsabilizzazione e autonomia, ha provocato sempre maggiori disuguaglianze² e, in alcuni casi, vere e proprie discriminazioni istituzionali³. Tutto questo è particolarmente evidente proprio nell’ambito dell’assistenza sanitaria ai cittadini immigrati di cui, brevemente, ne ricostruiamo la storia del diritto e analizziamo i più recenti sviluppi nella sua applicazione.

L'assistenza agli immigrati

L'Italia, nell'ambito della tutela della salute degli immigrati, si è caratterizzata dalla costruzione nel tempo di norme esplicitamente inclusive che sono nate e si sono sviluppate sotto l'azione di *advocacy* di gruppi ed organizzazioni riuniti dal 1990 nella Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM, vera e propria rete tematica nazionale. Nel 1995 viene presentata una proposta di legge promossa da alcune associazioni di volontariato medico che è condivisa dalla grande maggioranza delle forze politiche sia di governo che di opposizione, ed ha avviato un processo normativo che attualmente garantisce a tutti gli immigrati presenti in Italia, anche coloro in condizioni di irregolarità, tutela sanitaria, accesso alle cure ed interventi di prevenzione. Con l'emanazione, nel marzo del 1998, della legge 40, poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: «*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*» si è voluto ordinare e dare una impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati nel nostro Paese. I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati infine forniti da una Circolare del Ministero della Sanità, la n. 5, datata 24 marzo 2000.

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel

passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica per i quali vige il divieto di segnalazione all'autorità di polizia se in condizione di bisogno sanitario.

La modifica del titolo V della Costituzione

La Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 dal titolo «*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*» per effetto dell'art. 117, ha dato alle Regioni e le Province autonome il potere di definire delle norme sul tema della salute di tutti i residenti e quindi anche degli immigrati, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare ambigualmente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che abbiamo chiamato "pendolo delle competenze e delle responsabilità". L'effetto di quella che viene definita *devolution* nell'ambito del complesso processo del federalismo, con l'articolazione tra i diversi livelli istituzionali che animano il sistema salute, è la produzione di incerti passaggi di responsabilità che possono mettere in crisi l'effettiva applicazione degli orientamenti sanitari, eludendo a volte lo stesso mandato istituzionale come d'altronde può accadere verso gli stessi cittadini italiani (Marceca, 2008). Lo Stato in materia di sanità assume il ruolo di garante dell'equità ma, nella pratica le numerose indicazioni normative sull'assistenza sanitaria agli

immigrati da parte di vari ministeri - a cui si aggiungono indicazioni regionali ed europee - quest'ultime recepite spesso con lentezza ed in modo farraginoso - hanno ingenerato confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie (Marceca, Geraci, Baglio; 2012). Gli stessi Sistemi Sanitari Regionali operano in modo molto difforme, configurandosi una progressiva divaricazione dei 21 sistemi sanitari, spesso derogando, specie per i gruppi più vulnerabili, quali gli immigrati, dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del Sistema Sanitario Italiano e dei SSR⁴. Al decentramento amministrativo si è risposto con la creazione di gruppi locali (Gruppi Immigrazione e Salute - GrIS⁵, attivi nel Lazio, Trentino, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Sardegna, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia) che fanno della SIMM una "rete di reti", capace di dialogare con le diverse amministrazioni, "sorvegliare" e denunciare, quando necessario, una interpretazione limitativa e/o discriminatoria delle norme (Geraci, 2007).

L'ingresso nell'UE della Romania e Bulgaria

Nel febbraio 2007 l'Italia, con il Decreto Legislativo n. 30 del 2007, recepisce la direttiva europea 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente sul territorio degli stati membri. L'intempestività del provvedimento, ben tre anni dopo l'emanazione europea, e il concomitante ingresso nella UE di Romania e Bulgaria (1° gennaio 2007) hanno creato notevole confusione e discrezionalità proprio in ambito sanitario. Non solo nell'immediato sono state escluse dalla tutela decine di migliaia di cittadini "neo

comunitari" che non potevano assolvere alle condizioni richieste per ottenere l'assistenza sanitaria (possessione della Tessera Europea Assicurazione Malattia - TEAM o lavoro regolare e/o residenza anagrafica), ma le indicazioni date centralmente in seguito sono state poco chiare ed in alcuni casi contraddittorie (circolari del Ministero della salute del 3 agosto 2007, del 19 febbraio 2008, del 24 luglio 2009 ed altre 11 in poco più di un anno). Per tale motivo le Regioni, in modo non coordinato, hanno predisposto risposte molto diverse non solo nelle procedure ma anche nel merito di possibili livelli assistenziali con particolare riferimento a coloro in condizione di fragilità sociale ed economica.

L'evidenza di disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nelle politiche locali

Il "pendolo di competenze e delle responsabilità" citato in precedenza, e vissuto in particolare nell'assistenza ai comunitari, è ad alto rischio nel determinare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. Per questo, già dal 1995 e più strutturalmente dal 1998, l'Area sanitaria della Caritas romana ha istituito un "Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri" che ha prodotto specifiche ricerche e periodici rapporti, l'ultimo alla fine del 2010 nell'ambito di un progetto coordinato dell'Istituto Superiore della Sanità (Geraci, Bonciani, Martinelli; 2010). Quest'ultima ricerca ha cercato di descrivere l'eventuale variabilità territoriale, raccogliendo ed esaminando complessivamente oltre 700 atti emanati dal 1995 a metà del 2010. Questi sono stati analizzati con una specifica metodologia attraverso l'identificazione e la combinazione di indicatori chiave che caratterizzano le politiche sanitarie (emanazione di linee guida; pre-

senza di osservatori per una costante analisi del bisogno; interventi orientati di prevenzione e promozione della salute; offerte di formazione dedicata; percorsi di mediazione linguistica e di aumento delle competenze culturali del sistema; assistenza agli immigrati irregolari; pianificazione di interventi ai cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale). Ciò ha permesso di comporre due indici sintetici che rappresentano il livello di avanzamento e di impatto delle politiche sulla popolazione di riferimento, evidenziando una oggettiva difformità ed evidenti disuguaglianze nell'offerta di servizi e prestazioni (Bonciani, Geraci, Martinelli; 2011). Contemporaneamente una ricerca portata avanti dalla Regione Marche sulla risposta dei sistemi sanitari locali in rapporto alla garanzia dei servizi di primo livello per immigrati in condizione di irregolarità giuridica mostra un'analogia preoccupante difformità di applicazione delle norme esistenti (Carletti, Fiorदारancio; 2008).

Rete di reti

Per affrontare tali problematiche era necessario mettersi in rete, creare collegamenti tra le varie realtà regionali e relativi SSR. Pertanto, nel 2008, su iniziativa della Regione Marche viene istituito, in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, il Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari". Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e P.A. e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria.

Al Tavolo partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della Salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. In particolare si segnala la rilevanza della consulenza tecnica della

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e della possibilità, attraverso la sua vasta rete di contatti di operatori impegnati in prima persona in gran parte delle Regioni e province autonome italiane, di evidenziare criticità del sistema di accesso ai servizi e problematiche normative e organizzative così come soluzioni particolarmente efficaci. Si realizza una rete istituzionale in rete con altre reti e si rappresenta una opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo opera per creare sinergie positive, è aperto al contributo di competenze esterne, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; svolge telematicamente e telefonicamente un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni (Carletti, Geraci; 2012).

L'Accordo

Il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA)⁶ che recepisce in gran parte i contenuti del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane" redatto dal tavolo tecnico citato e già approvato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e P. A. il 21 settembre 2011.

Non è un accordo casuale o inaspettato, è il frutto di oltre 3 anni di lavoro tecnico ma anche di mediazione, di ricerca ed analisi, di pressione politica e professionale. È il frutto di un lavoro di rete istituzionale e non, che segna, a nostro avviso, un modello di relazioni e rapporti tra gli atto-

ri coinvolti (settore pubblico, privato sociale e volontariato, istituzioni) nel garantire operatività al mandato costituzionale dell'articolo 32 e della legge 833/78 (Geraci, 2013).

Il documento approvato è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e P.A., per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia. L'approvazione di tale documento è stata richiesta formalmente dalla SIMM al Ministro della salute in un incontro l'11 maggio 2012 e tale volontà è stata ribadita dal Ministro stesso nel video messaggio al Congresso nazionale SIMM del 12 ottobre 2012⁷. Rimandiamo a contributi tecnici l'analisi dettagliata dei contenuti del documento⁸ ma vogliamo qui ricordare come tale Accordo, pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti e in questo senso taluni ambiti sono già applicati da alcune Regioni e P.A. .

Ecco, a nostro avviso, i passaggi più interessanti e innovativi:

- iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;

- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI;
- proposta di estensione del tesserino/codice ENI nelle Regioni/province che non lo hanno ancora previsto.

I paradossi delle politiche locali

Al momento della consegna in redazione del presente lavoro⁹, ci troviamo di fronte ad una serie di paradossi: l'Accordo è di per sé cogente ma è uso che le Regioni lo debbano ratificare. Lo hanno però fatto solo in 8 (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sicilia) e la PA di Trento, ma gran parte di queste non lo applica nel suo ambito più innovativo e qualificante: l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale per i minori figli di immigrati in condizione di irregolarità giuridica. Lazio, Campania, Liguria e Abruzzo aspettano indicazioni ministeriali sul "come fare tecnicamente"; Trentino, Puglia e Friuli Venezia Giulia che in qualche modo prevedevano tale possibilità già prima dell'Accordo, faticano ad implementarlo, in particolare le ultime due; la Sicilia ha pubblicato una circolare applicativa che garantisce il pediatra ai minori figli di stranieri irregolari (STP) e comunitari in condizione di fragilità sociale (ENI); la Calabria, che partiva con un livello estremamente critico di applicazione delle normative nazionali, sta lentamente progredendo anche se con prassi

operative ancora molto differenziate nelle varie province. Le altre Regioni (la maggioranza) non hanno ratificato l'Accordo ma ognuna si comporta in modo assolutamente "originale": la Lombardia dopo aver dichiarato di non voler assistere i minori "irregolari" attraverso il pediatra di libera scelta (PLS), anche a seguito di una causa per discriminazione intentata da alcune associazioni (Geraci, 2013b), ha riconosciuto l'iscrizione al SSR e la possibilità di accesso al PLS ai "minori stranieri irregolari, di qualunque nazionalità" fino a 14 anni includendo, giustamente, anche i figli di cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale non altrimenti assistibili; sempre per tale fascia di popolazione (minori fino a 14 anni, non comprendente però i comunitari), la Regione Emilia-Romagna ha previsto l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del pediatra. La Regione Toscana da tempo garantisce il pediatra ai minori stranieri indipendentemente dallo status giuridico ma, tra i comunitari, limita l'assistenza, senza PLS, ai soli rumeni e bulgari. Una vera "babele" applicativa! Tali differenze infatti le possiamo trovare anche nella definizione degli assistiti e delle prestazioni, nei livelli di esenzione dal ticket, nella possibilità di iscrizione volontaria al SSR da parte di cittadini comunitari e così via (vedi gli indicatori monitorati dalla SIMM: www.simmweb.it).

Inspiegabilmente poi i lavori del Tavolo interregionale sono stati sospesi per quasi un anno e a luglio 2013 sono state trasferite, ingiustificatamente, le specifiche competenze sulla normativa al Tavolo della mobilità sanitaria che ha partecipato con competenza alla stesura dell'Accordo ma che manca di quella visione ed esperienza di sanità pubblica "applicata" necessaria per rendere accessibile e fruibile il diritto assistenziale. Ciò ha creato un clima di insicurezza e confusione a cui è

possibile attribuire parte della responsabilità delle attuali incertezze applicative ma anche ha manifestato l'assoluta necessità che il Ministero della salute acquisisca direttamente e responsabilmente quel ruolo di *governance* in tema di tutela sanitaria degli immigrati che da tempo gli viene richiesto¹⁰.

Conclusioni e proposte

Questi eventi ci dicono da una parte che il modello di rete istituzionale realizzato dal Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari", come già proposto durante lo scorso Congresso SIMM, deve diventare un **network stabile** e che si offre alle Regioni e P.A. e al Ministero della Salute come punto di riferimento per la programmazione locale e nazionale; dall'altra che nella riorganizzazione del **Ministero della salute** il tema della tutela degli immigrati, nella sua diversa articolazione (dalle "emergenze" sbarchi, al tema dei richiedenti protezione, dei rifugiati e della loro accoglienza, dalla tutela delle donne all'evidenza di una transizione epidemiologica da governare, dalla presenza della popolazione di rom, sinti e caminanti alla sempre maggiore consistenza di minori non accompagnati, ...) deve avere spazio e interlocutori competenti, coesi (collegamenti stabili e funzionali tra le diverse Direzioni) e riconoscibili (Geraci, Bonciani, Martinelli; 2012); la **SIMM** con le sue realtà territoriali e eventuali altre specifiche società scientifiche, gruppi nazionali ed internazionali di provata esperienza, possono essere riferimenti puntuali per la lettura del fenomeno e nel fornire elementi e proposte per politiche adeguate (Geraci et al, 2012).

L'Accordo deve essere considerato uno strumento prezioso soprattutto per i **GrIS** affinché, attraverso una concreta azione di *advocacy*, nessuno sia escluso dai percorsi

assistenziali in un'ottica di equità e giustizia sociale. In questo senso si deve avviare un ulteriore processo virtuoso dove la prossimità istituzionale, anche grazie alla presenza di una società civile (e scientifica) organizzata e collegata, garantisca tutele e partecipazione nella definizione di spazi di reale accoglienza e diritti (Geraci, El Hamad; 2011).

Norme sanitarie nazionali certe e chiare, l'implementazione locale anche con specifiche progettualità che facciano aumentare competenze e consapevolezza all'intero sistema, possono essere di supporto a politiche sociali adeguate all'inclusione, alla partecipazione ed all'autonomia che sono gli strumenti ed i processi necessari che producono salute e, come afferma l'Unione Europea, coesione sociale e sviluppo, di tutti.

Note

- ¹ Vedi http://it.wikipedia.org/wiki/Devoluzione#La_riforma_costituzionale_del_2001
- ² Vedi i rapporti dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane che, dal 2003, ogni anno monitora l'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi Sanitari Regionali e analizza i dati più significativi anche in una prospettiva comparativa. <http://www.osservasalute.it>
- ³ A questo tema di fondo, declinato in ambito delle migrazioni in Italia, è stato dedicato il Rapporto UNAR - Dossier Statistico sull'Immigrazione 2013, edito da Idos, dal titolo significativo: *Dalle discriminazioni ai diritti*
- ⁴ Vedi a mo' d'esempio quanto successo durante il dibattito politico e le fasi di approvazione del cosiddetto "pacchetto sicurezza" (Legge 94 del 15 luglio 2009) ed in particolare sulla proposta di abrogazione del divieto di segnalazione degli immigrati privi di permesso di soggiorno da parte degli operatori sanitaria: dossier SIMM: <http://www.simmweb.it/index.php?id=358>
- ⁵ http://www.simmweb.it/index.php?id=306&no_cache=1
- ⁶ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%20205%20quater.pdf. Per aggiornamenti sull'applicazione, note e commenti

vedi anche www.simmweb.it

- ⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=MSnDS3IEGow>
- ⁸ Non possiamo ignorare come alcune linee interpretative del documento proposto siano state ridimensionate nei vari "passaggi istituzionali" anche se ciò nulla toglie all'importanza dell'Accordo ed alla metodologia che l'ha prodotto
- ⁹ 1 aprile 2014. All'indirizzo seguente è possibile trovare un monitoraggio aggiornato del livello di recepimento ed applicazione dell'accordo: <http://www.simmweb.it/index.php?id=397>
- ¹⁰ Vedi articolo di Salvatore Geraci sul Sole24ore Sanità del 4-10 febbraio 2014: *Se Regioni e ministero disattendono le regole*

Bibliografia

- Bonciani M., Geraci S., Martinelli B., *Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze?* In *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM, Lombar Key, Bologna 2011, pp. 71-83.
- Carletti P., Fiordarancio L., *Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali*, Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche; 2008.
- Carletti P., Geraci S., *Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati*, In *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*, Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM, Pendargon, Bologna 2012, pp. 142-146.
- Dirindin N., *Dieci domande sul federalismo fiscale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011.
- Dirindin N., *Federalismo fiscale e servizio sanitario: un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali*, in *L'epidemiologia e i cambiamenti del SSN*. AIE – Associazione Italiana di Epidemiologia, 2002.
- Geraci S. (a cura di), *Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)*, Nuova Anterem, Roma 2007.
- Geraci S., Adjicoude R., Arghenini P., Cerbo A.V., Pallucco G., Niglio F., Rigobello I., Forti O., *Commissione salute del CNL Caritas Italiana: una rete nella rete per le reti*, in *Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*, Atti dell'

- XII Congresso Nazionale SIMM, Pendargon, Bologna 2012, p. 184.
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B., *Documento di sintesi per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità*, in *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza* (a cura di Geraci S., Gnolfo F.), Pendragon, Bologna 2012, pp. 66-73.
- Geraci S., Bonciani M., Martinelli B., *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Inprinting srl, Roma 2010.
- Geraci S., El Hamad I., *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, in «Italian Journal of Public Health», 9, 8 (3, Fall 2011), Suppl. 3; S14:S20.
- Geraci S., *Nessuno sia escluso*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore, gennaio 2013.
- Geraci S., *Politica, migrazioni e salute. A farne le spese sono i più piccoli*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore, luglio 2013.
- Marceca M., *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In *Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007* (Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità), Franco Angeli, Milano 2008; pp. 149-164.
- Marceca M., Geraci S., Baglio G., *Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level*, in «IJPH», 2012, 9, 3; e7498-1:11.
- Vineis P., Dirindin N., *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, Torino 2004.